

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend,  
Familie und Senioren | Postfach 70 61 | 24170 Kiel

Minister

Vorsitzenden des Sozialausschusses  
Herrn Werner Kalinka, MdL  
- Landeshaus -  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Umdruck 19/7085

01. Februar 2022

### Nachtrag zur 83. Sitzung des Sozialausschusses

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

in der 83. Sitzung des Sozialausschusses habe ich zugesagt die Sprechzettel zum Tagesordnungspunkt 3 dem Ausschuss zur Verfügung zu stellen und Ihre Frage zur Luca-App zu beantworten.

Sie fragten nach, warum SH bei der Entscheidung die Luca-App nicht mehr zu nutzen so vorangegangen ist und ob die Entscheidung so schnell getroffen werden musste?

Die Landesregierung kann hierzu keine Auskunft geben, da die Entscheidung zur Beschaffung und auch die Vergabe beim IT-Verbund SH (ITV.SH) im Auftrag der Kommunalen Landesverbände lag. Aus Sicht des Gesundheitsministeriums ist die Kündigung folgerichtig. Da die Corona-Bekämpfungsverordnung des Landes Schleswig-Holstein im letzten Quartal 2021 immer weniger Verpflichtungen zur Kontaktdatenerhebung vorsah, geht gleichermaßen der Bedarf an entsprechenden Erfassungsinstrumenten zurück.

Es ist gebeten worden, für die Sitzung am 03. Februar die Ergebnisse der Bedarfserhebung zu den Pflegestudiengängen vorab zuzuleiten, damit sich die Mitglieder des Ausschusses auf die Beratung vorbereiten können.

Das Ergebnis stelle ich gerne zur Verfügung, aber möchte deutlich machen, dass für die Befassung mit dem „Bericht der Landesregierung über neue Pflegeausbildungsgänge in Schleswig-Holstein“ die Federführung beim MBWK liegt.

Den meinen Ausführungen zu Tagesordnungspunkt 3 zugrundeliegenden Vermerk/Sprechzettel stelle ich hiermit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Heiner Garg

**Anlagen: Sprechzettel TOP 3 und Ergebnis Bedarfserhebung zu den Pflegestudiengängen**

Allgemeine Datenschutzinformationen:

Der telefonische, schriftliche oder elektronische Kontakt mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren ist mit der Speicherung und Verarbeitung der von Ihnen ggf. mitgeteilten persönlichen Daten verbunden. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union. Weitere Informationen erhalten Sie hier:

<https://www.schleswig-holstein.de/DE/Serviceseiten/Datenschutzerklaerung/datenschutzerklaerung.html>

## Sprechzettel für den Sozialausschuss

### TOP 3: Bericht der Landesregierung über die Corona-Ausgleichszahlungen für die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein, über eine Unterstützung des Landes sowie über die aktuelle Lage der Krankenhäuser

#### 1 Corona-Ausgleichszahlungen

- Krankenhäuser, bei denen es durch das Verschieben oder Aussetzen planbarer Aufnahmen, Operationen und Eingriffe zu einem Rückgang der Patientenzahlen kommt, sollen dadurch keine negativen finanziellen Folgewirkungen erleiden. Infolge des beabsichtigten Freihaltens stationärer Behandlungskapazitäten haben Krankenhäuser daher für nicht belegte Betten für einen befristeten Zeitraum (zunächst begrenzt auf 16.03.2020 bis 30.09.2020/ KW 12-40) einen finanziellen Ausgleich in Form einer tagesbezogenen Pauschale erhalten.
- Zur Berechnung der Höhe der Ausgleichszahlung wurde wie folgt vorgegangen: Tagesbezogen wurden die Patientenzahlen von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten (Referenzwert) subtrahiert. War der so ermittelte Wert größer als Null, wurde er mit der Pauschale multipliziert.
- Bis zum 12.07.2020 (KW 12-28) betrug die Pauschale einheitlich für alle Krankenhäuser 560 €. Vom 13.07.2020 (KW 29-40) an wurde die Pauschale in fünf Kategorien ausdifferenziert. Je nach Leistungsumfang des Hauses erhielten die Kliniken ab diesem Zeitpunkt eine tagesbezogene Pauschale zwischen 360 und 760 Euro. Um Pauschalen oberhalb von 560 Euro zu erhalten, mussten die Häuser in der 19. und 20. Kalenderwoche 2020 mindestens einmal ihre intensivmedizinischen Kapazitäten an das DIVI-Intensivregister gemeldet haben. Auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser galten neue Pauschalen. Für vollstationäre Behandlungen sank der Tagessatz ab auf 280 Euro. Tageskliniken erhielten nur noch 190 Euro.
- Für den Zeitraum vom 01.10.2020 bis 17.11.2020 haben die Krankenhäuser keine Ausgleichszahlungen erhalten.
- Aufgrund der Pandemielage haben vom 18.11.2020 bis zum 15.06.2021 (KW 47-24) bestimmte Krankenhäuser wieder Ausgleichszahlungen erhalten in Abhängigkeit von der 7-Tage-Inzidenz (Neuinfektionen je 100.000 Einwohner), dem Anteil freier betreibbarer Intensivbetten in einem Land- bzw. Stadtkreis sowie der Notfallstufe eines Krankenhausstandortes gemäß G-BA Richtlinie.
- Mit Gesetzesbeschluss vom 10.12.2021 werden für den Zeitraum 15.11.2021 bis 31.12.2021 wieder Ausgleichszahlungen geleistet für Krankenhäuser, deren Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden und die an der Notfallversorgung teilnehmen. Gemäß der 2. Verordnung zur Änderung der Verordnung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 29.12.2021 wurde der Zeitraum bis zum 19.03.2022 verlängert.

Folgende **Ausgleichsbeträge** sind in 2020 und 2021 – unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Regelungen in den jeweiligen Kalenderwochen – an die Krankenhäuser ausgezahlt worden:

<b>Gesamt 2020</b>	<b>303.271.282 €</b>
davon	
KW 12-28	225.121.263 €
KW 29-40	61.296.309 €
KW 47-53	16.853.710 €

**Gesamt 2021** **88.717.407 €**  
(ohne Zeitraum 15.11.2021 bis 31.12.2021, noch nicht erhoben)

**Gesamt 2020 und 2021** **391.988.689 €**

## 2 Unterstützung des Landes

- **Sonderprogramm „Zuschüsse für die Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Versorgung von COVID-19 Patienten“**
  - Das Land Schleswig-Holstein hat den Krankenhäusern zugesichert, die notwendigen Investitionskosten zu übernehmen, die im Zusammen mit der Behandlung von COVID-19 Patienten entstehen und nicht ausreichend durch das Krankenhausentlastungsgesetz bzw. Bundesgesetz gedeckt werden.
  - Zeitlicher Rahmen des Programms ist: Juli 2020 bis 31.12.2022.
  - Zu den notwendigen Investitionskosten gehören sowohl Investitionen zur Beschaffung von Geräten (z.B. Beatmungsgeräte, Dialysegeräte; Perfusoren etc.) aber auch bauliche Maßnahmen (z.B. Aufstellung von Containern für Belange der stationären Versorgung, kurzfristige Herrichtung von (nicht-genutzten) Gebäudestrukturen). Dieses gilt auch für Übergangs- und provisorische Maßnahmen.
  - Insgesamt wurden vom Land (ohne Beteiligung der Kommunen) 9 Mio. € zur Verfügung gestellt. Die Mittel wurden vollständig von den Krankenhäusern abgerufen.
  
- **Änderung des Haushaltsgesetzes – Ermächtigung des MSGJFS, im Einvernehmen mit dem Finanzministerium Liquiditätshilfe für Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen**
  - Die Corona-Pandemie hat noch einmal deutlich gemacht, wie wichtig eine gut funktionierende Krankenhauslandschaft für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist.
  - Die bislang ergriffenen Unterstützungsleistungen des Bundes – auch das jetzt beschlossene Wiederaufleben der Ausgleichszahlungen bis voraussichtlich 19.03.2022 – sind nicht ausreichend, so dass zu befürchten ist, dass immer mehr Krankenhäuser, die für die Versorgung unabdingbar sind, Liquiditätsprobleme bekommen und – wenn der Träger nicht unterstützend eingreifen kann – gezwungen sind, Insolvenz anzumelden.
  - Daher bedürfen eventuell einzelne der in Schleswig-Holstein zugelassenen Krankenhäuser, die gleichzeitig ins COVID-19-Intensivregister Schleswig-Holstein melden, einer kurzfristige Liquiditätshilfe. Diese ist selbst dann in Einzelfällen erforderlich, wenn Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG gewährt wurden oder nach einer neuen Regelung gewährt werden, Versorgungsaufschläge gewährt wurden oder ein entsprechender Erlösausgleich nach § 21 KHG stattfindet. Denn auch in diesen Fällen ist bereits unter zeitlichen Gesichtspunkten nicht immer gewährleistet, dass die Liquidität der Krankenhäuser gesichert werden kann.
  - Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Finanzministerium zur Sicherstellung der Liquidität der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, die gleichzeitig ins COVID-19-Intensivregister Schleswig-Holstein melden und deren Eigentümer darlegen, keine Liquiditätshilfen gewähren zu können, Darlehen, Bürgschaften, Garantien oder sonstige Gewährleistungen bis zur Höhe von 20.000.000 Euro je Krankenhaus, insgesamt maximal bis zu einer Höhe von 150.000.000 Euro zu gewähren.

- Die Gewährung von Unterstützungsleistungen durch das Land wird von bestimmten Voraussetzungen abhängig gemacht, wie z.B. der Erbringung des Nachweises, dass trotz Ausgleichszahlungen, Versorgungsaufschlägen, Gesamtjahreserlösausgleich eine kritische Liquiditätssituation eingetreten ist, die durch den Eigentümer des Krankenhauses nicht ausgeglichen werden kann.
- Der Entwurf für eine Ausgestaltung der Unterstützungsleistungen wird derzeit von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe des Sozial- und Wirtschaftsministeriums erarbeitet.

### **3 Aktuelle Lage der Krankenhäuser**

- **Corona-Lage: Fallzahlentwicklung**

- In Schleswig-Holstein werden mit Stand vom 12.01.2022 255 Patienten mit COVID-19 im Krankenhaus behandelt. Davon werden 58 Patienten intensivmedizinisch versorgt.
- Zum Vergleich – vor einem Jahr (Stand: 12.01.2021) wurden 362 Patienten mit COVID-19 im Krankenhaus behandelt. Davon wurden 74 Patienten intensivmedizinisch versorgt.
- Mitte November 2021 war ein deutlicher Aufwärtstrend der Patientenzahlen mit COVID-19 im Krankenhaus zu erkennen. Nach einer weitest gehenden Stagnation im Dezember 2021 ist seit Beginn des Jahres 2022 ein weiterer Aufwärtstrend zu erkennen.

- **Corona-Lage: Intensivmedizinische Behandlungskapazitäten**

- Mit Stand vom 12.01.2022 verfügt Schleswig-Holstein über 609 betreibbare Intensivbetten mit invasiver Beatmungsmöglichkeit und eine Reservekapazität von 433 Intensivbetten. Die Intensivbetten mit invasiver Beatmungsmöglichkeit sind in Schleswig-Holstein zu 83% belegt.
- Für den Betrieb der Reservekapazitäten ist es erforderlich, dass das Krankenhaus den regulären Krankenhausbetrieb stark einschränkt, um das erforderliche Personal aus anderen Versorgungsbereichen verfügbar zu machen.

- **Personelle Situation**

- Die Corona-Pandemie hat nochmals in aller Deutlichkeit aufgezeigt, dass eine in qualitativer und quantitativer Hinsicht ausreichende Personalausstattung, zugleich die wichtigste als auch eine der knappsten und fragilsten Ressourcen für Krankenhäuser ist.
- Krankheits- und quarantänebedingte Personalausfälle konnten unter Sicherstellung der Patientensicherheit nicht zu jedem Zeitpunkt der Pandemie von den verbleibenden Mitarbeitenden aufgefangen werden, sodass es in den vergangenen Monaten gezwungenermaßen immer wieder zu vorübergehenden Abmeldungen einzelner Fachabteilungen in Schleswig-Holstein kam.
- Angesichts des wachsenden Fachkräftemangels verteilt sich die Pflege und medizinische Betreuung der Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern Schleswig-Holsteins auf nur wenige Schultern. Die damit einhergehende Arbeitsverdichtung hat, in Kombination mit der zusätzlichen pandemiebedingten physischen und psychischen Belastung der Pflegekräfte, in den vergangenen knapp zwei Jahren der Pandemie zu einer Erschöpfung des Pflegepersonals beigetragen. Diese äußert sich unter anderem in einer wachsenden Unzufriedenheit der Betroffenen und einer Abkehr aus dem Beruf.

- Nicht immer können vakante Stellen zum notwendigen Zeitpunkt nachbesetzt oder krankheitsbedingte Lücken im Dienstplan gefüllt werden, sodass nicht jedes in Schleswig-Holstein zur Verfügung stehende Krankenhausbett auch zu jedem beliebigen Zeitpunkt mit ausreichend Personal hinterlegt werden kann. Die personelle Ausstattung der Krankenhäuser bildet folglich den „Flaschenhals“ der Pandemie und hat damit einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und Intensivstationen des Landes.
  - Die Bundesagentur für Arbeit beziffert den Mangel an Pflegekräften, Hebammen und Rettungsdienstpersonal in Schleswig-Holstein für das Jahr 2021 auf durchschnittlich 1.300 Vollzeitkräfte pro Monat.
- **Leistungsentwicklung**
    - Angesichts der Notwendigkeit zur Verschiebung planbarer Eingriffe, der Umsetzung der erforderlichen Hygienemaßnahmen sowie dem mit der Corona-Pandemie zusammenhängenden Personalausfall konnte in vielen Krankenhäusern des Landes kein Regelbetrieb gefahren werden. Ferner scheuten Patientinnen und Patienten aus Angst vor einer Infektion die Arztkonsultation. Resultierend wurden nach Daten des Statistisches Nord in Schleswig-Holstein im ersten Jahr der Pandemie rund 12 Prozent Patientinnen und Patienten weniger vollstationär behandelt als im Jahr 2019.
    - Dieser Fallzahleinbruch hat wesentliche Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in Schleswig-Holstein. Die Unterstützungsleistungen des Bundes sowie die Ausgleichszahlungen sind in diesem Zusammenhang nicht ausreichend, um die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie auffangen zu können.
- **Entwicklung der Krankenhauslandschaft**
    - Die Corona-Pandemie hat die Notwendigkeit einer gut aufgestellten Krankenhauslandschaft deutlich gemacht und gegenwärtige Schwächen ebendieser offenbart.
    - Bundesgesetzliche Rahmenbedingungen wie zum Beispiel Pflegepersonaluntergrenzen sowie Strukturvoraussetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses stellen die Krankenhäuser des Landes, insbesondere in Zeiten der Pandemie, vor wachsende Herausforderungen.
    - Die in der Regel standortbezogenen Vorgaben sind insbesondere für kleine Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung nur schwer zu erfüllen. Wirtschaftliche Schwierigkeiten sind die Folge, die durch die finanziellen Auswirkungen der Corona-Pandemie zusätzlich verschärft wurden. In Hinblick auf die Sicherung einer wirtschaftlichen sowie qualitativ hochwertigen Versorgung sind resultierend Zusammenlegungen oder medizinische Umstrukturierungen verschiedener Krankenhausstandorte in Schleswig-Holstein nicht auszuschließen.
    - Entsprechende Entwicklungen zeigen, dass die Spezialisierung eine notwendige Anpassung der Krankenhauslandschaft darstellt, die zu einer Bündelung knapper Ressourcen beiträgt. Auf diese Weise kann die Qualität und Sicherheit der Versorgung erhöht werden.
    - Die von der neuen Bundesregierung geplante Ergänzung der Krankenhausfinanzierung um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen sowie die Etablierung neuer intersektoraler Versorgungsformen haben in diesem Zusammenhang das Ziel nachhaltig eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen.

# Bedarfserhebung für Bachelorstudiengänge im Bereich Pflege (2019/2020)

Zusammenfassung für den SoZA  
31.01.2022

MSGJFS / VIII Referat 47  
Berufe des Gesundheitswesens



Schleswig-Holstein  
Ministerium für Soziales,  
Gesundheit, Jugend, Familie  
und Senioren

## ZIEL/HINTERGRÜNDE DER ERHEBUNG 2019/20

### Ziel:

- Erfassung des **Bedarfs** an Studienplätzen im Land SH
- **Übersicht** über Anzahl von besetzten/ unbesetzten/ noch zu schaffenden Stellen in entsprechenden Einrichtungen
- Hinweis auf Bedarfe bzgl. **Studiengangsausrichtung**
- Hinweis auf Annahme/ Nutzung von Angeboten
- Abgabe einer **Prognose**

### Hintergrund:

- **Forderung des Wissenschaftsrates:** 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs in der Pflege (u.a.) in primärqualifizierenden, patientenorientierten Studiengängen zur unmittelbaren Tätigkeit am Patienten auszubilden (*vgl. Wissenschaftsrat 2012, S. 8*)
- **Bestrebung von Hochschulen/ Standorten** in SH (KI, RD, NMS, FL, SL) Pflegestudiengänge einrichten zu wollen
- Einrichtung eines **Masterstudienganges** für Pflegepädagogik (**Zugangsvoraussetzung** = Bachelorabschluss)

## METHODISCHES VORGEHEN

- quantitative Erhebung durch **Fragebogenabfrage**
  - Stationäre Akutpflege (z.B. Krankenhaus)
  - Stationäre Langzeitpflege (z.B. Pflegeheim)
  - Tagesklinik/ teilstationäre Pflege
  - Ambulante Akut-/Langzeitpflege
  - Ausbildung (z.B. Pflegeschulen)

### Zielgruppe:

→ **Geschäftsführungen + Personalverwaltungen + Schulleitungen Pflegeschulen**  
(bzw. Äquivalenz bei kleinen Einrichtungen)

- zusätzlich/ergänzend qualitative Erhebung durch **Experteninterviews**
  - stationäre Akutpflege
  - stationäre Langzeitpflege
  - ambulante Akut-/Langzeitpflege
  - teilstationärer Bereich

### Zielgruppe:

→ **Pflegende der Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflege, Altenpflege, Pflegende anderer Bereiche, ggf. Pflegedienstleitungen**

(die Auswertung des qualitativen Teils erfolgte mit MAXQD; aufgrund der einsetzenden Corona-Pandemie und des damit verbundenen Betretungsverbot der Pflegeeinrichtungen sowie fehlender zeitlicher und personeller Ressourcen, konnte die qualitative Erhebung nicht im angedachten Umfang fort-/umgesetzt werden)

## LIMITIERUNGEN DER ERHEBUNG

- für die Erhebung wurde **kein externes Institut** beauftragt, sondern wurde mit „Bordmitteln“ des MSGJFS durchgeführt
- **keine Vollarfrage** (z.B. keine Befragung von Studieninteressierten)
- **Verteiler nicht umfassend**: verbandsungebundene Einrichtungen konnten teilweise nicht mit abgedeckt werden; sekundäre Verteiler ermöglichten keinen genauen Überblick, wer den Fragebogen erhalten hat
- Befragung beruhte auf Freiwilligkeit
- Erhebung kann **nur Hinweise** auf die Bedarfe von akademischem Pflegepersonal und die Art und Ausgestaltung von Studiengängen geben – **keinen reellen Bedarf** der jeweiligen Einrichtungen
- nur Tendenzen abzuleiten, die noch politisch entsprechend gewichtet werden müssen
- Die **Auswirkungen der Corona-Pandemie** können in diesem Zusammenhang noch nicht abgeschätzt werden und waren entsprechend nicht Gegenstand der Erhebung.

# Ergebnisse

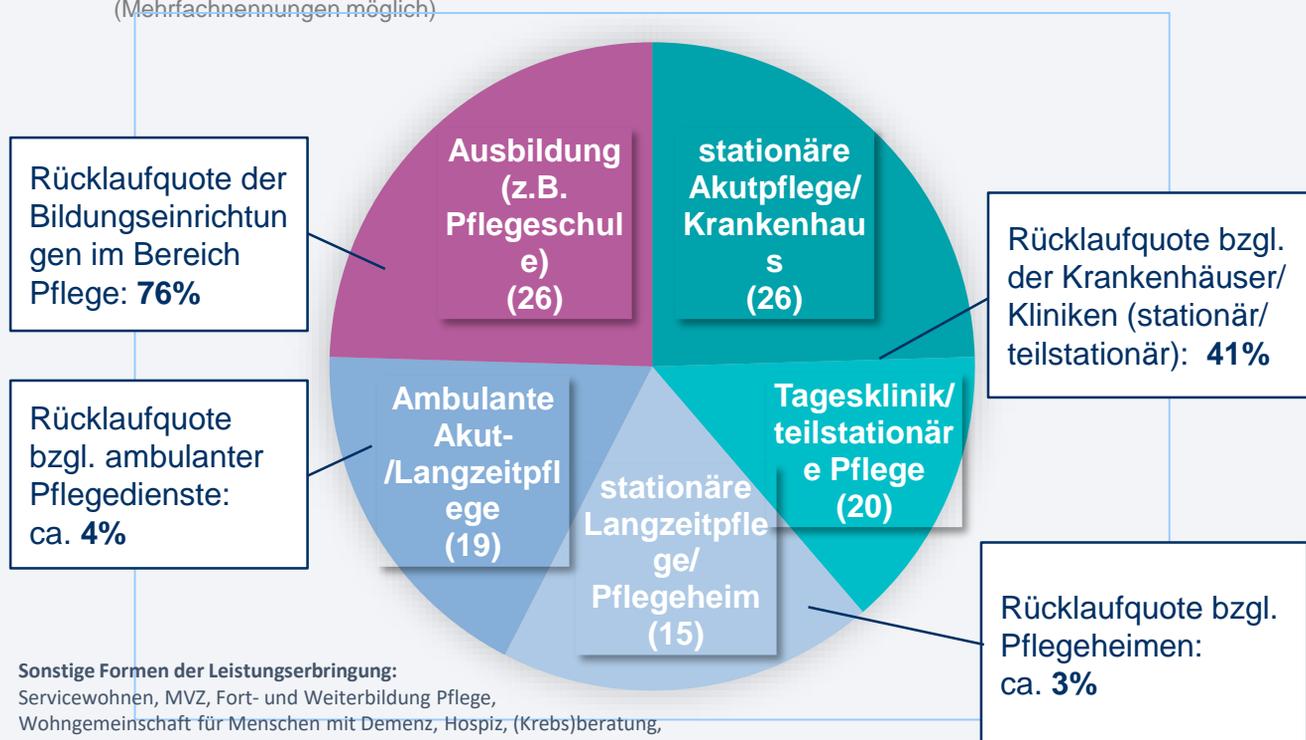


Schleswig-Holstein  
Ministerium für Soziales,  
Gesundheit, Jugend, Familie  
und Senioren

## FORM DER LEISTUNGSERBRINGUNG

84 Einrichtungen beteiligten sich an der Bedarfsumfrage (n = 84)

(Mehrfachnennungen möglich)



## STELLENSITUATION

für Pflegefachpersonen mit pflegespezifischem Bachelorabschluss in den jeweiligen Bereichen (quantitative Erhebung)

- Zum Zeitpunkt der Erhebung waren **241 Stellen** mit akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen **besetzt** sowie **150 Stellen** für Pflegefachpersonen mit Bachelor **vakant** → in Summe konnte der Bedarf also auf **391 Stellen** für akademisch qualifiziertes Pflegepersonal beziffert werden
- Den Angaben der befragten Einrichtungen zufolge, wurde der Bedarf an **Neueinstellungen** von Pflegefachpersonen mit Bachelorabschluss auf **128 Stellen** geschätzt.
- Demnach ist die Anzahl der noch zu besetzenden Stellen bzw. neu zu schaffenden Stellen ( $150+128 = \mathbf{278}$ ) höher als das Outcome des Studienganges Pflege an der UzL (derzeit 40 p.a.)
- der Anteil akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der direkten Patient:innenversorgung liegt im Durchschnitt nur bei **1,79 %** und damit sehr deutlich unter den Empfehlungen des Wissenschaftsrates (10-20%). Hier unterscheiden sich die Kliniken/Pflegeeinrichtungen teilweise sehr deutlich: so gibt es Bereiche, in denen bis zu 45% des Pflegepersonals akademisch qualifiziert ist – in anderen dagegen liegt die Quote bei 0%.
- Im Bildungsbereich liegt die durchschnittliche Quote von Pflegefachpersonen mit Bachelor deutlich höher - bei **31,24 %**. Aber auch hier zeigen sich große Unterschiede in den Bildungseinrichtungen (0-80%).

## ERGEBNISSE AUS QUALITATIVER ERHEBUNG

in Bezug zur Akademisierung im Allgemeinen

- Beschrieben wurde eine eher geringe Anzahl von „studierten Pflegekräften“ in der direkten Patient:innenversorgung. Viele Absolvent:innen scheinen zeitnah in patient:innenferne Tätigkeiten „abgezogen“ zu werden. Ein Einsatz in der Versorgung (v.a. im Hinblick auf evidenzbasierte Pflege, Effizienz in der Arbeitsweise, etc.) wird als wünschenswert formuliert.
- Dennoch wird Akademisierung im Bereich Pflege grundsätzlich als wichtig und notwendig erachtet → sowohl in der Versorgung der Patient:innen, als auch in Leitungsfunktionen, Controlling, Wissenschaft etc.
- Akademische Pflegefachpersonen werden als eine Bereicherung des Teams hervorgehoben und die Akademisierung an sich als wichtige Rolle bei der Rückkehr/ dem Verbleib im Berufsfeld der Pflege
- Als positiv wird auch angesehen, dass durch das Pflege-Studium eine Klientel erreicht wird (bspw. Abiturient:innen), die ansonsten ggf. etwas anderes studiert hätte, so aber in den Bereich der Pflege gelangen
- Die Vergütung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen sollte laut der Befragten adäquat angepasst werden

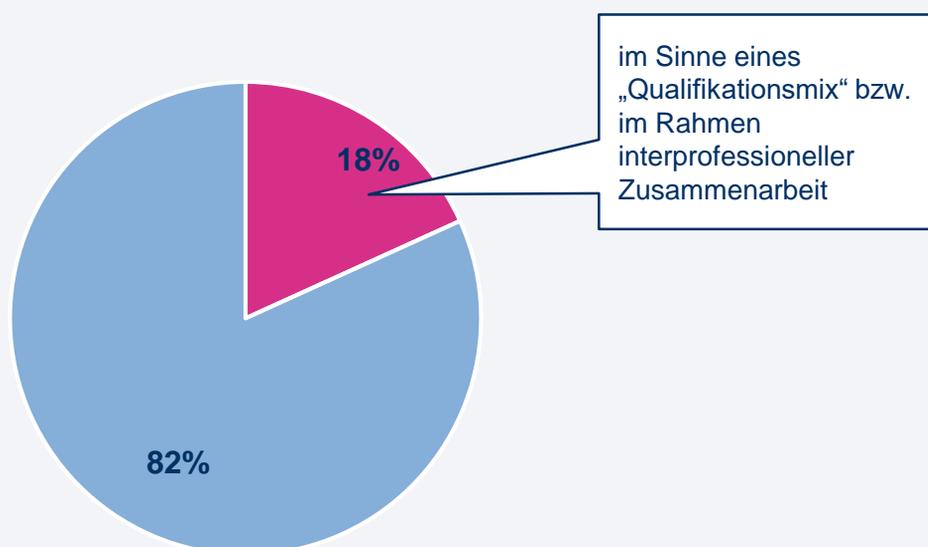
## WEITERE ERGÄNZUNGEN / „WÜNSCHE“

aus der qualitativen Erhebung

- Es besteht der Wunsch nach einem Qualifikations-Mix; die Pflege profitiert von einem Mix aus Pflegehelfer:innen, Pflegekräften mit dreijähriger Ausbildung, aber auch akademischem Personal.
- Als wünschenswert wird eine hohe Durchlässigkeit im System angesehen: es sollten verschiedene Wege in die Pflege offengehalten werden (z.B. Helfer:in/Assistenz, 3-jährige Ausbildung, Studium - primär/dual/Aufbau-) um eine größtmögliche Bandbreite an Angeboten im Bereich Pflege münden zu lassen.
- Als problematisch werden fehlende konkrete Aufgabenbereiche bzw. Arbeitsplatzbeschreibungen/ Stellendefinitionen für Pflegendende mit Bachelorabschluss in der Patient:innenversorgung angesehen – diese sollten konkreter beschrieben werden.
- Es wird eine Anpassung der Eingruppierung/Gehälter gefordert, um Akademisierung weiterzudenken zu können.
- in kleineren Einrichtungen bzw. im Bereich der ambulanten Pflege scheint es teilweise nur geringe Berührungspunkte mit der Akademisierung im Bereich Pflege zu geben.
- Es besteht der Wunsch nach mehr Praxisbezug in den Studiengängen.
- „Basistätigkeiten“ in der Pflege sollten gesichert sein – ein Abwandern der akademischen Pflegekräfte wird als nicht zielführend beschrieben.

## EINSATZGEBIETE

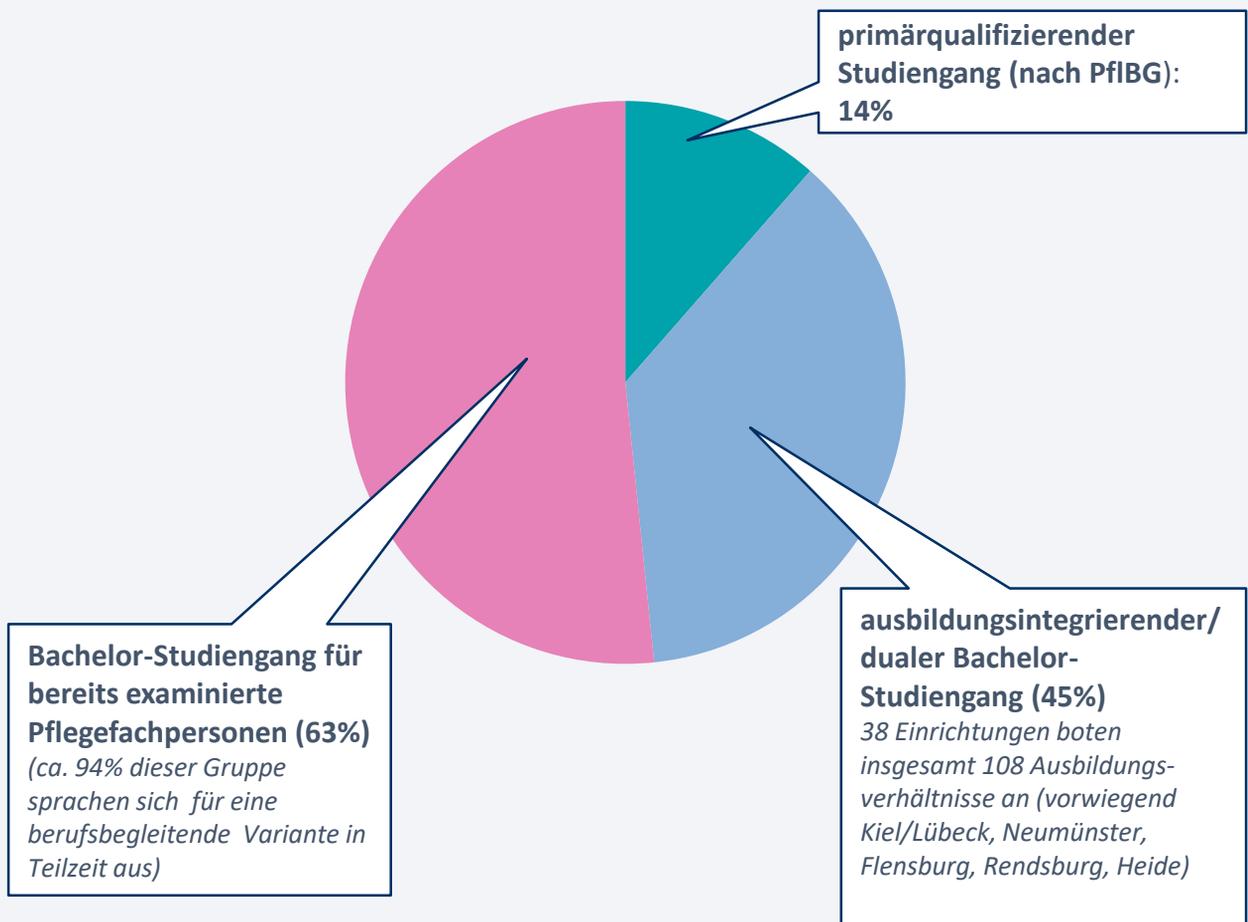
Nennung möglicher Einsatzgebiete von Pflegefachpersonen mit Bachelor



- Pflege/ Tätigkeiten in der direkten Patient\*innen-Versorgung
- Tätigkeiten ohne direkten Patient\*innenkontakt (konzeptionelles Arbeiten, Lehre, Pflegedirektion,...)

## ART UND AUSRICHTUNG MÖGLICHER STUDIENGÄNGE

Verteilung der Rückmeldungen aus der quantitativen Erhebung



(Mehrfachnennungen möglich)

## EINORDNUNG DER ERGEBNISSE

- der Anteil bereits akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen in der direkten Patient:innenversorgung liegt nur bei 1,79 % und damit sehr deutlich unter den Empfehlungen des Wissenschaftsrates (10-20%)
  - Anzahl vakanter und noch neu zu schaffender Stellen (150+128 = 278) ist höher als Outcome des Studienganges Pflege an der UZL (derzeit 40 p.a.)
  - Befragte favorisieren einen „Aufbau-Studiengang“ für bereits examinierte Pflegekräfte (gerne in teilzeit-/ berufsbegleitend),
  - gefolgt von einer dualen bzw. ausbildungsintegrierenden Variante (108 Ausbildungsverhältnisse wurden angeboten);
  - primärqualifizierende Studiengänge (nach PflBG) werfen bei den Befragten teilweise Fragen bzgl. der Finanzierung der praktischen Ausbildung auf
    - Eine Vergütung der praktischen Ausbildung ist in primärqualifizierenden Pflegestudiengängen (anders als z.B. im Hebammenstudium) **nicht** vorgesehen
- Die Universität zu Lübeck plant derzeit einen Aufbau-Studiengang im Bereich Pflege.



**Schleswig-Holstein**  
Ministerium für Soziales,  
Gesundheit, Jugend, Familie  
und Senioren